Le Numéro : 15 CENTIMES — N° 60 — 23 Novembre 1895. — 7 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE ET PUERPÉRALITÉ, par le Dr Bar 469

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE
Traitement de la syphilis. Emploi de la décoction de Zittmann. 471

ANALYSES
Médecine expérimentale : Etude sur l'ostéomyélite ; recherches cliniques et bactériologiques avec essais d'immunisation, par M. Canon. — Le diabète pancréatique chez les animaux et chez l'homme, par M. Vaughan Harley. 473
Médecine : Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique et pseudolicémie, par M. L. Popoff. — De la formation d'acide lactique dans l'estomac, par MM. Rosenheim et P.-F. Richter. — Cancer primitif de la trachée, par M. R. Oestreich. — Les symptômes et le traitement de la thrombose infectieuse des sinus cérébraux, par M. George Haton. 473
Chirurgie : Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche ; modification au procédé de Hoffa, par M. H. Gaudier. — Apoplexie du pancréas. Laparotomie, par M. Sarfert. — Tentatives chirurgicales dans le traitement de la méningite tuberculeuse, par M. G. Bernard. 474
Obstétrique et gynécologie : Dilatation sanglante du col pendant l'accouchement, par M. Ivanoff 475
Maladies des enfants : Recherches sur l'ossification du sternum chez les sujets normaux et les rachitiques, par M. Mayet. — Lésions de dysenterie consécutives à la rougeole chez l'enfant, par MM. R. Meslay et Jolly. 475
Ophthalmologie : Recherches bactériologiques sur l'étiologie de la kératite et de la conjonctivite eczémateuse : considérations sur la division, l'étiologie et le pronostic des ulcères cornéens, par M. L. Bach. — Contribution à la pathogénie de l'iritis, par M. G. Ahlstrom. 475
Maladies des organes génito-urinaires : Tumeur de la vessie : propagation au canal de l'urèthre ; généralisation secondaire ; infection urinaire ; cystotomie, par M. Adenot 475

Jurisprudence médicale :
Questions d'honoraires. 476

SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de Chirurgie : Anévrysme fémoral traité par l'incision du sac, MM. Chaput, Poirier, Marchand. — Chirurgie du poumon, MM. Ricard, Bazy, Tuffier, Quénu. — Extirpation du cancer du rectum, MM. Monprofit, Quénu, Chaput. — Lymphadénome, M. Delbet. Aspirateur-injecteur, M. Picqué clxxxiv
Société médicale des Hôpitaux : Sur la contagiosité de la scarlatine, MM. Lemoine, Le Gendre, Sevestre, Catrin. — Note sur l'exanthème buccal de la rougeole. Stomatite érythémato-pultacée accompagnant l'éruption, MM. Comby, Le Gendre, Marfan. clxxxvi
Société anatomique : Fractures multiples de la jambe chez un épileptique. M. Petit. — Rétrécissement congénital de l'urèthre, M. Bezançon. — Malformation congénitale du cœur, M. Apert. — Gomme du myocarde, M. Lorrain. — Anomalie de l'intestin, M. Riche. — Fracture du bassin, M. Legrand. — Epithélioma du sein. Généralisation aux racines nerveuses de la queue de cheval, M. Labbé. — Hernie de l'intestin grêle, M. Lapeyre. clxxxvi

FACULTÉ DE MÉDECINE

Chimie médicale. — Dans le but de permettre aux élèves de 1re, de 2e et de 3e années d'assister au cours de *chimie appliquée à la médecine*, ce cours aura lieu, à partir du samedi 23 novembre 1895, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures et demie, au petit amphithéâtre de la Faculté.

HOPITAUX

Mutations dans les hôpitaux. — M. Debove passe à Beaujon ; M. Troisier à Beaujon ; M. Tapret à Lariboisière ; M. Muselier à Lariboisière ; M. Richardière à Cochin ; M. Thibierge à la Pitié ; M. Mathieu à Andral ; M. Lermoyez à Saint-Antoine ; M. Œttinger à Dubois ; M. Le Gendre à Dubois ; M. Bourcy à Tenon ; M. Roger à Aubervilliers ; M. Marfan aux Ménages ; M. Gilles de la Tourette à Herold ; M. Béclère à Debrousse ; M. Giraudeau à Sainte-Périne.

Concours des hôpitaux. — La question d'écrit était : *Des cirrhoses hypertrophiques du foie, pathogénie, anatomie pathologique et formes cliniques.* Les questions restées dans l'urne étaient : 1° *Des coagulations intraveineuses dans les maladies dystrophiques et infectieuses.* — 2° *Cavernes pulmonaires.*

Ont obtenu jusqu'à présent :

MM. Ettlinger	13	MM. Soupault	17
Renault	12	Rénon	16
Berlez	16	Leredde	18
Sallard	17	Mosny	17
Belin	19	Beaumé	16
Florand	18	Laffitte	16
Enriquez	17	Legry	19
Courtois-Suffit	18		

Concours de l'Internat. — Ont obtenu :

ANATOMIE.

MM. Henri Voisin	3	MM. Michaut	12
Millienne	10	Latruffe	10
Hérard	8	Lustgarten	5
Ulmann	15	Cadol	14
Nicaise	12	Gibert	14
Edm. Mercier	13	Deroyer	11
Jean Petit	11	Rebreyend	13
Monthus	12	Lagrange	6
Renault	9	Morin	6
Leven	11	Masselon	9

PATHOLOGIE.

MM. Masselon	11	MM. Minelle	9
Pelisse	10	Veau	15
Maur. Guillot	11	Lenglet	13
Hauser	13	Labbé	12
J. Fournié	8	Ungauer	13
de Rotschild	11	Villeneuve	12
Gauchery	10	Veuillot	12
Ferrand	11	Petron	12
Schutzenberger	8	Poulain	10
Chifoliau	9	Théohari	12
Chevrey	10	Jousset	12
Terrien	14		

Concours de l'Externat. — Ont obtenu :

ANATOMIE.

Séance du 20 novembre. — *Muscles obturateurs.*

MM. Albert Boullet	15
Gorce	8
Gadaud	17
Ferras	10
Gozzi	11
Fougères	9
Ch. Durand	13
Fromageot	11
Guillain	17 1/2
Fontanié	7
Géraud	14 1/2
Pierre Duval	19 1/2

Séance du 22 novembre. — *Caractères distinctifs des vertèbres cervicales.*

MM. Fouqué	12
Genévrier	12
René Follet	15
Farge	3
Guillemet	9
Paul Follet	10
Duvernoy	5
Froment	15
Frison	6
Georges Follet	7
Grenet	12 1/2

Séance du 22 nov. (*suite*).

MM. Foisy	15 1/2
Guillemare	10
Glatard	5
MM. Gascheau	4
Fassina	9
Guerbé	3
Et. Guihal	16

PATHOLOGIE.

Séance du 20 novembre. — *Symptômes, marche et complications des anévrysmes artériels circonscrits.*

MM. Picandet	13
André Mayer	7
P.-J. Petit	18 1/2
Pascaud	11
Pourtié	12
Néret	15
Raoult	9

Séance du 21 novembre. — *Etiologie, symptômes, marche, complications et traitement du phlegmon diffus.*

MM. Rognard	15
Merklen	8
Ravary	13
Mouraisse	10
Georges Milon	16 1/2
Ménard	9
Poutchkow	13
Henri Meyer	13 1/2
Poujade	15 1/2
Mermier	18
Rigal	10
Bobin	13
Menu	14 1/2
Mendel	5

NOUVELLES

Concours international de bactériologie. — Le Cercle médical argentin de Buenos-Ayres a décidé, pour honorer la mémoire de Pasteur, de célébrer en 1897 un concours international de bactériologie, appelé : *Concours Pasteur.*

Les travaux présentés devront consister en des recherches *originales* et *inédites*, portant soit sur quelque point de technique ou d'étiologie, prophylaxie, diagnostic et traitement bactériologiques des maladies infectieuses de l'homme ou des animaux, soit sur des applications industrielles de la microbiologie.

Les mémoires, pièces, préparations, cultures, photographies devront être adressés avant le 31 mai 1897, à M. le président du Cercle médical argentin, Calle Corientes, 2038, Buenos-Ayres. Ils devront porter une devise ou inscription quelconque, qui sera également consignée sur une enveloppe fermée et cachetée contenant le nom et le domicile de l'auteur.

Les manuscrits pourront être présentés en espagnol ou en *français*.

Les prix consisteront en : premier prix : 2.000 francs ; deuxième prix : 1.000 francs ; troisième prix : un diplôme d'honneur.

Société médico-chirurgicale. — La Société se réunira le lundi 25 novembre 1895. — Ordre du jour : M. Potherat. De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. Présentation de pièces et discussion. — M. Tripet. Pneumonie apyrétique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

19 novembre 1895.

Anévrysme fémoral traité par l'incision du sac. — M. Chaput. J'ai soigné récemment un malade de cinquante-six ans qui présentait, dans la région du triangle

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

VICHY-CÉLESTINS
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

Herpétisme : GRANULES DE FOWLER
Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUME.
MÉTRITES : PÉRICOLS
VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT
CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN *granulé.*

de Scarpa, un énorme anévrysme mesurant 15 centimètres de long sur 8 de large. Cette tumeur, qui avait commencé à apparaître en juin 1895,avait grossi très rapidement; elle augmenta notablement sous nos yeux, à tel point que, craignant de la voir se rompre, je l'opérai d'urgence le 16 septembre 1895.

Je fis d'abord une incision dans la fosse iliaque pour aborder l'iliaque externe; je liai, puis je coupai le vaisseau entre deux ligatures. J'abordai ensuite l'artère fémorale au-dessous de l'anévrysme; je la coupai également entre deux ligatures. Je me mis alors en devoir de disséquer et d'enlever le sac. Mais il adhérait considérablement aux tissus voisins, qui étaient très durs. Après avoir isolé péniblement la face antérieure du sac, je pensai que je rendrais la dissection plus facile en incisant la poche et en procédant comme une cure radicale de hernie. L'incision donna lieu à un énorme jet de sang; je promenai l'index dans l'intérieur du sac, afin de tâcher de découvrir l'embouchure de la fémorale profonde, d'où provenait le sang, mais je ne réussis pas. Je renouvelai plusieurs fois ma tentative, chaque fois inutilement; ces recherches s'accompagnaient d'une perte de sang considérable. Je dus abandonner la partie et me contenter de tamponner le sac à la gaze iodoformée. Je suturai la plaie cutanée, sauf au niveau du sac.

Malgré un délire alcoolique qui dura quinze jours, et au cours duquel le malade se dépansa plusieurs fois, la guérison survint sans accidents. Le 5 novembre dernier, la plaie était complètement cicatrisée; l'œdème du membre avait disparu; il n'y avait ni troubles trophiques, ni troubles de la sensibilité.

Comme MM. Delbet et Quénu, je suis partisan de l'extirpation des anévrysmes quand elle est possible et facile. Le procès de la ligature n'est plus à faire. M. Delbet vient de le refaire au Congrès de chirurgie, et il semble actuellement démontré que la ligature expose davantage à la gangrène, à la rupture, à la récidive de l'anévrysme; en outre, l'adhérence du sac aux nerfs voisins provoque souvent des douleurs violentes.

A propos de douleurs, je rappellerai mon observation de l'an dernier. Il s'agissait d'un anévrysme poplité; je liai la fémorale à l'anneau de Hunter. La tumeur diminua et durcit, mais le malade éprouvait de vives douleurs dans le mollet. Je dus faire l'extirpation secondaire; au cours de l'opération, je blessai le nerf sciatique poplité interne, qui, aplati, lamelleux, adhérent au sac, se distinguait à peine de ses parois.

Il est juste de dire que, dans certains cas, l'extirpation est une opération très difficile et très dangereuse. M. Heurtaux a eu de grandes difficultés; dans son cas, il n'a pas employé moins de trente-cinq pinces hémostatiques. Un malade de Trélat est mort d'infection. Dans l'observation que je viens de relater, la dissection a été difficile, et je n'ai pu continuer l'extirpation après l'incision du sac, à cause de l'hémorrhagie. A la rigueur j'aurais fait l'extirpation sans inciser le sac, mais il est probable aussi qu'au cours de la dissection, la poche aurait été ouverte, auquel cas les choses se seraient terminées exactement de la même façon.

D'une manière générale, je pense qu'on doit toujours s'efforcer de faire l'extirpation totale; je crois que la ligature et la section de l'artère en amont et en aval simplifient l'intervention et qu'il vaut mieux disséquer le sac sans l'ouvrir, de parti pris. Si la poche est ouverte par mégarde, et si l'hémorrhagie est incoercible, on pourra toujours terminer l'opération par le bourrage du sac qui suffira à faire l'hémostase.

En résumé, l'idéal, dans le traitement des anévrysmes, c'est l'extirpation; si elle est impossible, très difficile ou dangereuse, on pourra se contenter de l'incision, après avoir lié l'artère au-dessus et au-dessous. La ligature au-dessus et au-dessous du sac, sans incision du sac, constitue encore une manœuvre plus simple. Plus simple et plus bénigne encore est la ligature simple d'Anel.

Le chirurgien a donc à sa disposition toute une gamme opératoire, qui lui permet de doser l'intervention, d'après les conditions locales et générales propres à chaque cas particulier.

Je conclurai donc en disant que l'extirpation est l'opération de choix, les autres interventions n'étant que des pis-aller imposés par la nécessité.

M. Poirier. Je suis d'un avis un peu opposé à celui de M. Chaput et je ne pense pas qu'il faille dire que l'extirpation est la méthode de choix. J'ai opéré un malade atteint d'anévrysme poplité et lui ai extirpé sa poche anévrysmale. La dissection fut difficile et plus de 60 ligatures durent être posées. Bien qu'il n'y ait pas eu d'incident opératoire grave et que les suites immédiates aient été fort simples, le pied et la jambe se sphacélèrent et l'amputation fut secondairement pratiquée.

Je connais encore deux autres cas d'extirpation d'anévrysmes qui se terminèrent par gangrène.

Je pense donc que si l'extirpation est l'idéal, elle n'est cependant pas toujours la méthode de choix.

M. Marchand. L'un des deux malades chez lequel j'ai pratiqué la ligature pour un simple anévrysme était âgé de soixante-dix-neuf ans. L'extirpation n'eût-elle pas été plus grave que la ligature dans ce cas?

Chirurgie du poumon. — M. Ricard. Dans la question du traitement des abcès du poumon, il faut bien distinguer les collections superficielles des collections profondes. Pour les premières les difficultés opératoires sont peu considérables, pour les secondes elles sont toujours très grandes. Faut-il, dans ces derniers cas, se contenter, à l'exemple de M. Tuffier, de décoller les plèvres pariétales et à travers elle, d'explorer du doigt le poumon, ou bien ne vaut-il pas mieux ouvrir d'emblée la cavité pleurale et rechercher hardiment sur le poumon que l'on manie le siège de l'abcès? Les observations de MM. Bazy et Michaux prouvent que l'entrée de l'air dans la plèvre n'amène pas d'accidents très graves et, dans le cas suivant, j'y ai moi-même eu recours sans aucun danger.

Il s'agit d'une femme chez laquelle fut porté le diagnostic d'abcès enkysté du poumon d'origine pleurale au niveau du huitième espace intercostal. Après résection de la huitième côte sur une longueur de 10 centimètres, j'ouvris la plèvre largement. Le poumon ne se rétracta pas. J'introduisis mon doigt, j'explorai et ne sentis rien. L'abcès, diagnostiqué superficiel, était donc profond. Je dus alors inciser le parenchyme sur une étendue de 2 centimètres, je pénétrai petit à petit jusqu'à environ 8 centimètres de profondeur. Alors je sentis un bloc dur dans lequel je pus enfermer un trocart tout entier : du pus sortit. Je substituai mon doigt au trocart et j'effondrai la cavité. Le foyer fut vidé, tamponné et ma malade guérit. Il s'agissait donc d'une cavité très profonde, siégeant près de la plèvre diaphragmatique et médiastine. Le décollement sous-pleural n'aurait, certes, été ici d'aucune utilité.

Je conclurai en disant: 1° que dans bien des cas les signes fournis par l'auscultation ou la percussion donneront, comme chez ma malade, un siège erroné de l'abcès; 2° que l'exploration directe, intrapleurale, sera insuffisante quand la collection est profonde et qu'il faut aborder résolument le poumon. Si l'incision pleurale est elle-même parfois insuffisante, il va sans dire que le décollement pleural ne pourra rendre grand service.

De l'exploration directe de la plèvre et du poumon. — M. Bazy. Sous le titre de : « Nouvelle méthode d'exploration chirurgicale du poumon (du décollement pleuro-pariétal en chirurgie pulmonaire) » M. Tuffier nous décrit à propos d'une observation un moyen d'explorer la plèvre et le poumon. Pour cela, il décolle la plèvre pariétale sur une étendue plus ou moins considérable; au travers de cette membrane il voit le poumon; sous le doigt, il affirme pouvoir sentir les différences de consistance de cet organe, et faire une véritable exploration.

J'avais montré au dernier Congrès de chirurgie, à propos d'un cas particulièrement difficile, que l'on pouvait sans danger, et grâce à quelques précautions que tout chirurgien peut prendre, faire l'exploration directe de la plèvre et du poumon. Je désignais ce procédé opératoire sous le nom d'incision exploratrice de la plèvre ou si l'on préfère de pleurotomie exploratrice, comme on dit laparotomie exploratrice.

L'exploration directe, chirurgicale, du poumon existait donc comme méthode et si M. Tuffier veut employer un mot, il ne peut se servir que du mot *procédé*, libre à lui de nous discuter ensuite la valeur de son procédé.

Quoi qu'on veuille faire et dire, et quel que fût mon désir, d'avoir inauguré une *méthode*, d'avoir accompli un acte chirurgical, très gros de conséquences, et d'applications fréquentes, je dois me résigner à reconnaître que cette exploration directe de la plèvre et du poumon n'est et ne sera, grâce à la perfection des moyens médicaux d'exploration, qu'une exception, et les occasions d'appliquer même le décollement pleural à la thérapeutique des lésions pulmonaires seront encore plus rares puisque, malgré *l'extrême fréquence* de la tuberculose pulmonaire, malgré ses tentatives de diffusion du traitement chirurgical de cette maladie, M. Tuffier n'a trouvé depuis quatre ans à appliquer qu'une fois l'extirpation du sommet du poumon, et encore, ainsi que le faisait remarquer M. Reclus, ce malade aurait-il guéri si on lui eût appliqué avant l'opération le traitement qu'on lui a fait suivre après.

Contrairement à M. Tuffier, je ne crois pas que l'entrée de l'air dans la plèvre et le pneumothorax qui en résulte constituent « un des gros dangers qui limitent notre intervention sur le poumon ». Les faits cliniques m'ont au contraire prouvé que l'entrée d'une certaine quantité d'air dans la plèvre n'offre *aucun* danger; sinon, je n'eusse probablement pas osé ouvrir une plèvre, quelques indications que j'eusse trouvé à cette ouverture. Et l'événement m'a donné raison. Aussi ne puis-je admettre que le procédé de M. Tuffier soit d'une « supériorité incontestable ».

Je me demande en outre ce que deviendra la cavité extrapleurale, le pneumothorax extrapleural, et le temps que mettra à se combler cette poche plus ou moins vaste, infectée par les sécrétions venant de l'abcès du poumon. La suite de l'histoire du malade de M. Tuffier nous l'apprendra. En tout cas, une seule observation ne me paraît pas suffisante pour combattre une proposition que j'ai émise, m'appuyant sur une expérience personnelle et sur quantité de pneumothorax traumatiques dont la guérison a été prompte et définitive.

Dans mon cas, l'entrée de l'air dans la plèvre a été si bien tolérée que je n'ai observé rien d'anormal à ce moment-là. Aussi n'y ai-je attaché aucune importance.

Pour m'assurer du plus ou moins de facilité du décollement de la plèvre, j'ai fait des expériences sur le cadavre et sur des cadavres frais. A cette époque de l'année, les altérations cadavériques n'ayant pas eu le temps de se produire dans les vingt-quatre heures réglementaires, les résultats que j'ai obtenus sont comparables à ceux que l'on peut observer sur le vivant. De plus les sujets n'étaient pas injectés.

J'ai fait ces expériences à Bicêtre, avec le concours de mes internes qui ont contrôlé mes observations et les auraient rectifiées au besoin.

Mes expériences ont eu un double but :

1° de vérifier la facilité du décollement de la plèvre;

2° de vérifier la facilité de l'exploration du poumon et des lésions qu'il peut recéler.

Pour les deux cas, je me suis placé dans les conditions de M. Tuffier.

Ma première série d'expériences porte sur trois cadavres, et par conséquent comprend six expériences; elles ont été faites avec l'aide de mes internes, Chaillou, Claisse, Mettetal et du docteur Lefilliâtre.

La deuxième série comprend encore six expériences et a été faite avec l'aide de mes internes Chaillou et Claisse et de M. Dardel interne à Bicêtre.

Sans entrer dans le détail, je les résumerai en disant :

Il est possible de décoller la plèvre pariétale de la paroi thoracique sur laquelle elle est accolée. C'est une opération très facile, mais extrêmement minutieuse : il faut apporter la *plus grande* attention et par conséquent dépenser beaucoup de temps à faire le décollement; et encore, quand on a manœuvré avec beaucoup de prudence, et avec une grande lenteur, quand on agit dans la profondeur de la cavité qu'on crée ainsi, on n'est pas sûr de ne pas la crever, et, si cet accident survient, la plèvre est ouverte en un point et dans des conditions telles que, pour obturer la solution de continuité, il n'y a qu'à tamponner la plaie.

L'ouverture de la cavité pleurale peut se faire même en dirigeant la pulpe du doigt vers la plèvre, en ne faisant pas intervenir l'ongle.

Cette ouverture est d'autant plus facile à faire qu'on cherche à décoller la plèvre par le milieu de l'espace intercostal. Et si nous avons voulu le faire plus facilement et plus sûrement nous avons dû attaquer d'abord les côtes et faire une résection sous-périostée.

Dans un cas ce n'est pas mon doigt, c'est le fragment de côte réséquée qui a perforé la plèvre. Combien cet accident serait fréquent si on l'appliquait sur le vivant!

Et ce n'est pas seulement moi qui, malgré toutes les précautions, ai perforé la plèvre en cherchant à la décoller, mais aussi mes internes.

Et il ne faut pas s'étonner de la facilité de cette perforation quand on songe à la finesse de la plèvre qui a juste l'épaisseur d'un très mince papier de soie et sans en avoir la résistance.

Dans deux expériences j'ai été étonné de la facilité du décollement et de l'absence de perforation. J'en ai eu l'explication : les deux plèvres étaient adhérentes très intimement au poumon.

L'opération est donc longue. Il ne faut pas oublier en outre que le malade est couché sur le côté sain, sur un coussin qui comprime son meilleur poumon, ce qui constitue encore une mauvaise condition.

Après le décollement, si la plèvre est saine, on voit le poumon au-dessous. L'explore-t-on, on sent sous le doigt une surface lisse, uniforme, tendue, quelque chose comme une membrane mince de caoutchouc légèrement tendue. Les renseignements ainsi fournis sont nuls et, pour ma part, je n'ai pu saisir entre les doigts le moindre pli de la plèvre ou du poumon. On ne peut que promener son doigt à la surface de la membrane lisse pleurale.

Reste à savoir si cette simple exploration permettrait de reconnaître une induration pulmonaire. Les expériences suivantes nous permettent de répondre à cette question.

La plèvre décollée, comme je l'ai dit, j'ai, par la partie antérieure du thorax, introduit une tige creuse légèrement conique mesurant à son extrémité 1/2 ou 2/3 de centimètre, et je l'ai dirigée en cherchant à rapprocher de la zone décollée cette extrémité. Quand j'ai cru être assez près, j'ai tenu fixée cette tige, j'ai mis mon doigt dans la plaie, j'ai fait mettre celui des assistants, et nous n'avons pas senti la moindre différence de consistance : il fallait imprimer à la tige de légers mouvements de bascule pour que le doigt pût la sentir.

Après cela, j'ai fixé cette tige et ouvert le poumon sur elle, j'ai mesuré la distance qui séparait l'extrémité de cette tige de la surface du poumon; il n'y avait que 2 cent. 1/2 d'épaisseur et ce résultat peut être tenu pour exact, le poumon ne pouvant s'affaisser, puisqu'il y avait symphyse totale de la plèvre.

J'ai répété l'expérience sur l'autre côté où les conditions étaient identiques et j'ai eu le même résultat.

J'ai voulu déterminer une induration du poumon en injectant du suif dans son intérieur. Au moyen de cette tige creuse j'ai donc injecté du suif fondu.

Après avoir laissé refroidir, nous avons cherché à voir, s'il y avait une différence de consistance, si nous pouvions trouver la partie indurée. Nous n'avions rien senti.

Le poumon détaché, nous avons pu voir cette masse; elle était du volume d'une noix, ferme comme une boule de suif et à 2 centimètres de la surface du poumon.

Dans une expérience, au lieu d'injecter le suif dans la plèvre, nous l'avons injecté dans l'espace interlobaire et

le suif est venu se répandre en lame mince sous la plèvre pariétale décollée dont il a occupé une partie.

Quand il a été coagulé, nous avons cherché, en fermant les yeux, à voir la différence de sensation que pouvait donner au doigt la partie occupée par le suif et celle qui ne l'était pas : il n'y en avait pas, ou elle était si faible qu'on pouvait la mettre sur le compte de la suggestion.

Ainsi donc si des indurations situées à 2 ou 2 cent. 1/2 de la surface du poumon ne peuvent être reconnues par ce mode d'exploration, je conclus que ce mode d'exploration est caduc et quand je dis 2 centimètres à 2 cent. 1/2, il n'est pas sûr que ce soit la distance minima ; cette distance est peut-être plus courte.

Ce mode d'exploration est donc caduc, parce que les lésions situées à une distance moindre peuvent être facilement localisées par les moyens plus simples que nous avons à notre disposition : la percussion et l'auscultation.

De mes recherches il résulte que le procédé de M. Tuffier ne me paraît appelé à aucun avenir. Le danger auquel il pare est le pneumothorax et ce danger ne me paraît pas réel. Je n'en veux pour preuve que les nombreux pneumothorax traumatiques, accidentels et même chirurgicaux, qui guérissent sans faire courir le moindre danger aux blessés.

Si le décollement pleural était jamais indiqué, ce serait précisément dans des cas tout à fait opposés à ceux pour lesquels M. Tuffier le recommande. Ce n'est pas quand la plèvre est saine qu'il faudrait y avoir recours, mais bien lorsqu'elle est complètement adhérente. On pourrait alors ne pas craindre d'appuyer fortement sur le poumon pour trouver des lésions profondes et puis fermer la cavité qu'on aurait créée par une suture en surjet. Mais, même dans ces cas, on n'aura pas souvent l'occasion de l'appliquer.

Chez mon opéré, guidé par des signes trompeurs, j'ai d'abord pratiqué une incision au niveau de la neuvième côte que je réséquai sur une étendue de 6 centimètres. La plèvre était saine. Je réséquai la huitième côte ; même aspect. Je me décidai alors à ouvrir la plèvre et j'introduisis mon doigt enserré d'une éponge de façon à éviter l'entrée d'une trop grande quantité d'air. Je pus alors sentir des adhérences en un point que je marquai. Je suturai mon incision, j'en pratiquai une seconde au niveau de la quatrième côte près du bord spinal de l'omoplate et je pus ainsi parvenir sur le foyer.

Il me semble que personne n'ira à la recherche d'un foyer pulmonaire si des signes physiques, quels qu'ils soient, n'indiquent pas son siège. Il ne faut pas oublier qu'il y a deux poumons, et que chacun d'eux est très vaste. Si on peut en faire l'exploration avec le bout du doigt, après ouverture de la plèvre, il ne faut pas le prendre dans la main, comme on peut faire d'un paquet intestinal, d'un utérus ou d'un ovaire, voire d'un rein ou d'une rate. On ne fait pas une pleurotomie exploratrice comme on fait une laparotomie exploratrice.

Je terminerai en disant que l'incision pleurale exploratrice est inoffensive et excellente dans ses résultats, tandis que le décollement pleural peut être difficile et dangereux et ne donne, en tous cas, aucun renseignement précis sur les lésions profondes du poumon.

M. Tuffier. Sans vouloir répondre de suite à l'argumentation de M. Bazy, je tiens à dire que le décollement pleural constitue une méthode toute nouvelle et capable de fournir les meilleurs résultats. Cette semaine encore j'y ai eu recours deux fois et avec le plus grand succès.

M. Quénu. Je ne suis pas de l'avis de M. Bazy quand il dit que les signes fournis par l'auscultation et la percussion sont suffisants pour établir le diagnostic d'abcès pleural. Je crois, au contraire, que ces signes sont souvent trompeurs. L'auscultation, même directe au cours de l'opération, telle que je l'ai pratiquée dans un cas, ne donne pas grand résultat précis.

Reste donc l'exploration du poumon. M. Bazy pense qu'il est indifférent d'ouvrir la plèvre, d'introduire le doigt et d'explorer. Pour ma part j'ai dû, il y a huit jours, chez un malade atteint d'abcès pulmonaire, m'arrêter dans mon intervention, à cause des graves phénomènes qui survinrent, dès que l'air entra dans la cavité pleurale. Si une petite ouverture, telle que celle que l'on peut pratiquer au cours d'opération sur le thorax, n'est d'aucune gravité, je persiste à croire qu'une large ouverture, telle que celle nécessitée pour l'exploration directe du poumon, peut être suivie d'accidents sérieux.

Extirpation du cancer du rectum. — **M. Montprofit.** Au cours d'une extirpation d'un cancer du rectum, j'ai dû pratiquer un anus sacré. Mon opéré guérit, mais il survint un prolapsus. Pour y remédier, je libérai le rectum de ses attaches sacrées, je le mobilisai et en introduisis finalement l'extrémité inférieure dans l'anus véritable. Après avivement, je suturai l'intestin à la peau. La guérison fut complète et se maintient depuis deux mois.

M. Quénu. L'opération de M. Montprofit est un Hochenegg secondaire[1]. La seule objection que je ferais est que l'atrésie ultérieure est possible, par suite de la production de tissu cicatriciel qui se fait en dehors et tout autour de la muqueuse.

M. Chaput. L'an dernier j'eus recours d'emblée au procédé de Hochenegg. Malheureusement le rectum remonta peu à peu et il s'établit, entre son bout inférieur et l'anus, une zone cicatricielle qui m'amena à pratiquer un anus sacré suivant le procédé de Gersuny.

Lymphadénome. — **M. Delbet** montre un chien auquel il a inoculé, il y a cinquante-quatre jours, ce qu'il pense être l'agent pathogène du lymphadénome. L'animal est extrêmement maigre et leucémique, bien qu'il ait d'ailleurs un excellent appétit.

Présentation d'appareil. — **M. Picqué** présente au nom de M. Villemin, d'Epinal, un *aspirateur-injecteur* qui permet de pratiquer facilement l'évacuation du contenu d'une poche et l'injection dans cette dernière d'un liquide modificateur.

F. Jayle.

1. V. *Presse méd.*, 30 juin 1894, n° 26, p. 206.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

22 novembre 1895.

Sur la contagiosité de la scarlatine. — **M. Lemoine** (Val-de-Grâce). Les faits engagent à penser que le contage scarlatineux est élaboré au début de l'affection, très vraisemblablement là où se trouve la porte d'entrée ordinaire, le pharynx. De là il peut se répandre évidemment sur la surface cutanée, sur les vêtements et sur tous les objets qui entourent le malade.

Jusqu'ici, on a été trop préoccupé du danger des squames épidermiques et toute la prophylaxie reposait sur cette donnée. De là l'isolement des scarlatineux pendant toute la durée de la desquamation.

Aussi, sans négliger les bains désinfectants, puisque les squames épidermiques peuvent recéler le contage, devra-t-on porter toute son attention du côté de la cavité buccale et continuer les irrigations antiseptiques longtemps encore après la disparition de l'angine ; dans ces conditions, on ne sera pas obligé d'attendre que la dernière squame soit tombée pour rendre le malade au milieu commun.

M. Le Gendre. Depuis le début de l'année j'ai fait systématiquement des enquêtes sur tous les cas de scarlatine que j'ai observés ; souvent il me fut impossible de déceler le mode de contagion. Dans quelques cas cependant le contact paraît avoir eu lieu uniquement au début, toutes les précautions ayant été prises immédiatement pour isoler le scarlatineux ; ces faits semblent confirmer l'opinion de M. Lemoine.

Quant à la durée de la contagion, elle est très difficile à apprécier ; six semaines paraissent peut-être exagérées.

M. Sevestre. Je crois que la scarlatine est contagieuse au début et pendant l'éruption ; il est impossible de préciser le moment auquel elle cesse d'être contagieuse ; ce fait explique l'importance considérable qu'il faut donner à tous les soins antiseptiques, antiseptie cutanée, antiseptie buccale.

M. Catrin. Il y a surtout un fait dont on est sûr, c'est la contagion par les squames.

La contagion a des portes d'entrée très multiples ; il est extrêmement difficile de trouver des cas de contagion bien nets *au début* de toute maladie infectieuse.

Note sur l'exanthème buccal de la rougeole. Stomatite érythémato-pultacée accompagnant l'éruption. — **M. Comby.** Dans la rougeole, on le sait depuis longtemps, la fluxion sanguine, l'érythème n'affecte pas seulement la peau, mais aussi les muqueuses, celles que nous voyons comme celles que nous ne voyons pas.

L'exanthème est toujours suivi, quand il n'est pas précédé, par un exanthème plus ou moins accusé, plus ou moins étendu.

Sans revenir sur une description que l'on trouve dans tous les livres, je voudrais insister avec plus de précision qu'on ne l'a fait sur l'exanthème buccal que j'ai eu l'occasion d'étudier cette année dans mon service de l'hôpital Trousseau.

Quand on examine avec soin la bouche des enfants atteints de rougeole on voit :

1° Un *gonflement* général, mais modéré des gencives, des joues, de la langue, du palais, etc., toute la muqueuse est turgescente ;

2° Une *rougeur* violacée de toutes ces parties avec ou sans salivation exagérée.

3° Un *exsudat*, un dépôt pultacé, opalin, blanchâtre, crémeux, recouvrant partiellement et inégalement, gencives, lèvres, joues, plancher de la bouche, etc.

Cet enduit pultacé forme souvent des festons autour des dents.

En pressant avec la pulpe du doigt, on enlève l'enduit sans faire saigner la muqueuse qui est intacte.

On peut donc dire que la rougeole détermine un érythème buccal avec enduit crémeux, ou une *stomatite érythémato-pultacée légère*.

Cet énanthème buccal peut précéder l'éruption cutanée qu'elle accompagne toujours et disparaît avec elle.

La réaction de la salive, examinée avec le papier de tournesol, a toujours été neutre.

Pas de gêne, pas de douleur, aucune réaction sentie ou accusée par les malades.

Cet exanthème est insidieux, latent, il veut être cherché systématiquement.

Sans avoir aucune gravité, il indique cependant une participation active de la muqueuse buccale au processus éruptif de la rougeole ; sa présence peut servir au diagnostic dans les cas douteux ; enfin elle invite à faire des irrigations, des lavages, des pulvérisations antiseptiques destinées à prévenir les véritables complications : les infections secondaires de la rougeole.

M. Le Gendre. Je crois que dans les faits cités par M. Comby, il faut tenir grand compte de l'état de la dentition ; j'ai vu de véritables stomatites chez des rubéoliques, mais dans ces cas la dentition était toujours défectueuse.

M. Marfan partage l'opinion de M. Le Gendre.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

22 novembre 1895.

Fractures multiples de la jambe chez un épileptique. — **M. Petit** montre les os de la jambe d'un épileptique, qui présentaient des fractures nombreuses. L'analyse chimique des os a été pratiquée. La proportion des sels calcaires était diminuée.

Rétrécissement congénital de l'urèthre. — **M. Bezançon** présente, au nom de M. Guibé, un cas de rétrécissement congénital de l'urèthre ayant déterminé une dilatation considérable des uretères et du rein droit. La vessie n'était pas distendue ; ses parois étaient, au contraire, extrêmement hypertrophiées.

Malformation congénitale du cœur. — **M. Apert** présente deux cœurs atteints de malformation congénitale. Le premier est remarquable par l'absence de l'orifice aortique. Le ventricule gauche est atrophié, le trou de Botal persiste. La circulation aortique est rétablie par l'intermédiaire du canal artériel. Le sang parcourt la crosse de l'aorte en sens rétrograde pour fournir aux carotides et aux artères sous-clavières. La crosse de l'aorte, très diminuée de volume, revient s'insérer sur la base du cœur, pour se terminer en fournissant les coronaires.

Le second est atteint de rétrécissement de l'artère pulmonaire, dû à la présence de deux grosses végétations sur les valvules sigmoïdes. Le canal artériel est absent, la circulation pulmonaire est rétablie par les vaisseaux bronchiques et pleuraux considérablement dilatés.

Gomme du myocarde. — **M. Lorrain** montre une gomme du myocarde trouvée à l'autopsie d'un homme de quarante-neuf ans mort subitement. Il existait des anévrysmes multiples de la crosse de l'aorte. La gomme siégeait dans la cloison interventriculaire. Elle était formée de cellules embryonnaires géantes et de parties caséeuses.

M. Lorrain présente en outre un sarcome angiolithique de l'arachnoïde.

Anomalie de l'intestin. — **M. Riche** présente l'intestin d'un nouveau-né du sexe masculin que lui a adressé M. Bagourd (d'Argentan). Tout le gros intestin est revenu sur lui-même ainsi qu'une portion de l'intestin grêle mesurant environ 10 centimètres ; puis l'intestin n'est plus représenté que par un filament grêle, qui, après 4 centimètres, se continue avec une ampoule par laquelle se termine la portion supérieure de l'intestin grêle de volume normal.

Le filament se trouve dans la région correspondant à l'implantation du diverticule de Meckel.

Fracture du bassin. — **M. Legrand** montre des pièces d'une fracture multiple du bassin. Une portion du sacrum était également fracturée et restait adhérente à la portion correspondante de l'os iliaque.

Épithélioma du sein. Généralisation aux racines nerveuses de la queue de cheval. — **M. Labbé** présente une pièce provenant d'une femme de quarante-deux ans opérée une première fois d'un épithélioma du sein droit, puis d'une récidive, et qui a présenté, deux mois après, une paraplégie flasque douloureuse avec paralysie des sphincters. On notait de plus un souffle systolique à la pointe du cœur et un dédoublement du deuxième bruit. La malade est morte quinze jours après.

A l'autopsie on trouva des noyaux cancéreux disséminés sur les plèvres pariétales, dans les poumons, sur le péricarde, dans le cœur droit, le péritoine, le diaphragme, les ovaires, le foie, les reins, enfin sur les nerfs de la queue de cheval et au niveau des ganglions rachidiens.

L'examen microscopique a montré que l'épithélioma était disposé sous forme de boyaux à la périphérie des tubes nerveux et particulièrement autour des vaisseaux. Les boyaux se propagent le long des vaisseaux dans le tissu conjonctif péri et intra-fasciculaire.

Hernie de l'intestin grêle. — **M. Lapeyre** montre un intestin grêle hernié en totalité à travers la fossette duodéno-jejunale. Cette hernie a entraîné des accidents d'occlusion intestinale chronique d'environ six semaines. Le malade laparotomisé succomba dans les vingt-quatre heures. L'autopsie montre que tout l'intestin grêle est contenu dans une poche rétropéritonéale qu'encadrent les côlons ascendant, transverse, descendant. L'intestin grêle pénètre dans la poche au niveau du duodénum, et en sort, à son point d'abouchement dans le cæcum.

R. Marie.

Belle occasion : SAPPEY, *Traité d'anatomie descriptive*. 4e et dernière édit., 4 v. in-8° avec 963 fig. : au lieu de 65, net 25 fr. franco. SAPPEY, *Traité d'anatomie générale*, comprenant l'étude des tissus et des éléments, 1 v. in-8° avec 285 fig. : au lieu de 25, net 6 fr. franco. Les deux ouvrages pris ensemble : 30 fr. franco pour la France, la Belgique, la Suisse et l'Allemagne ; pour les autres pays 42 fr., envoi contre mandat postal à la *Librairie Vigot frères, 30, rue Monsieur-le-Prince, Paris*.

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;

Indiqué dans : NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CHLOROSE

PHOSPHO-GLYCO-FER CHEYNET

GOUTTES CONCENTRÉES
DE GLYCÉROPHOSPHATE DE FER
ET DE MANGANÈSE

J. CHEYNET, Pharmacien de 1re Classe, lauréat de l'École Supérieure de Paris
33, RUE THOMASSIN, LYON

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

LYSOL

LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON
ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU
FLACON D'ÉCHANTILLON franco
à MM. les médecins qui en font la demande.
Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

CARBONATE de CRÉOSOTE

Marque

"GRIFFON"

GARANTI CHIMIQUEMENT PUR

Le CARBONATE de CRÉOSOTE
et le CARBONATE de GAÏACOL
(Marque "GRIFFON")

N'irritent pas, comme la **Créosote** et le **Gaïacol**, les *voies digestives*, et sont facilement supportés par tous les malades.

TUBERCULOSE, BRONCHITES CHRONIQUES, PLEURÉSIE, etc.

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

EXIGER la MARQUE "GRIFFON"

CARBONATE de GAÏACOL

Marque

"GRIFFON"

GARANTI CHIMIQUEMENT PUR

DRAGÉES DE DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

PILULES DE BLANCARD

Approuvées par l'Académie de Médecine

ET

SIROP DE BLANCARD

A L'IODURE DE FER INALTÉRABLE

Ces préparations sont employées avec succès dans la Chlorose, l'Anémie, les Pâles couleurs, la Syphilis constitutionnelle, le Lymphatisme et dans toutes les maladies (Tumeurs blanches, Goitre, etc., etc.) que détermine le germe scrofuleux.

Dose. . . . . { Pilules, 2 à 6 par jour. / Sirop, 1 à 3 cuillerées par jour.

Flacon 100 pilules, **4** fr.; 1/2 flacon, **2** fr. **25**; flacon sirop, **3** fr.

SOLUTION ET COMPRIMÉS

DE BLANCARD

A l'Exalgine

Contre les Migraines, Névralgies nerveuses, dentaires, musculaires, le Rhumatisme, la Céphalalgie, les Douleurs utérines, la Chorée des enfants, la Sciatique, la Dysphagie, etc , etc.

Dose. . . { Solution, 1 à 4 cuillerées en 24 heures. / Comprimés, 4 à 16 — —

Chaque cuillerée à soupe de solution contient 0 gr. 20; chaque comprimé 0 gr. 05 d'exalgine

Flacon solution, **5** fr.; 1/2 flacon, **2** fr. **75**; flacon comprimés, **3** fr.

Vente en gros **BLANCARD et Cie, 40, rue Bonaparte, PARIS**